

Trabalho de Conclusão de Curso

Prótese Bucomaxilofacial na Reabilitação de Pacientes com Tumores de Boca: Análise de Casos e Impacto na Qualidade de Vida

Beatriz Schafhauser de Oliveira



**Universidade Federal de Santa Catarina
Curso de Graduação em Odontologia**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

Beatriz Schafhauser de Oliveira

**PRÓTESE BUCOMAXILOFACIAL NA REABILITAÇÃO DE
PACIENTES COM TUMORES DE BOCA: ANÁLISE DE CASOS
E IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA**

Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como
requisito para a conclusão do Curso de
Graduação em Odontologia
Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Liliane Janete
Grando
Co-orientador: Prof^ª. Dr^ª. Ana Lucia
Mello

Florianópolis
2016

Beatriz Schafhauser de Oliveira

**PRÓTESE BUCOMAXILOFACIAL NA REABILITAÇÃO DE
PACIENTES COM TUMORES DE BOCA: ANÁLISE DE CASOS
E IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA**

Este trabalho de conclusão de Curso foi julgado, adequado para obtenção do título de cirurgião-dentista e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 17 de maio de 2016

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr.^a Liliane Janete Grando
Professora do Departamento de Patologia
Ambulatório de Estomatologia HU/UFSC
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^a. Dr.^a Miriam Marly Becker
Professora da Disciplina de Prótese
Curso de Odontologia
Universidade Federal de Santa Catarina

Dr.^a Cleumara Kosmann
Cirurgiã-dentista
Especialista em Prótese Bucomaxilofacial

À minha mãe, mulher guerreira e batalhadora, por todo incentivo, por mostrar que podemos ser tudo àquilo que queremos com dedicação, humildade e perseverança.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por estar sempre presente em minha vida, guiando meus passos, me ajudando a superar os momentos difíceis. Obrigada Senhor por mais uma conquista.

A minha mãe, **Elisabeth**, que com muito esforço me educou e batalhou dando o melhor de si. Hoje, dedico à você cada conquista e espero retribuir tudo que o fez por mim. Amo você.

Ao **Rogério**, meu marido, amigo, companheiro e maior incentivador que, com toda a sua calma e paciência, superou ao meu lado as adversidades que tivemos nesta jornada. Obrigada por todos esses anos de amor, carinho e apoio incondicional, sem você ao meu lado tudo seria mais difícil. Espero ser uma profissional talentosa e dedicada assim como você é.

A minha irmã e sobrinho, **Laura e Marco Antônio**, por todo amor e carinho.

A família que ganhei quando casei, **Lúcia, Rogério, Renata e Gabi**, por me acolherem como filha, irmã e tia, obrigada por todas as orações, palavras de incentivo e amor que dedicam à mim.

À **professora Liliane**, por todos os ensinamentos passados nesses anos de convívio, por sua dedicação e atenção comigo e a este trabalho. Levarei seu profissionalismo e amor ao que faz, como exemplo a ser seguido na minha vida profissional.

À **Dra. Cleumara**, por sua gentileza e disposição em esclarecer as inúmeras dúvidas que surgiram sobre este tema, obrigada por sua colaboração.

À professora **Ana Lúcia**, pela ajuda na análise dos dados. Obrigada por me atender prontamente disposta a esclarecer qualquer dúvida.

As minhas irmãs de coração, **Tata e Nane** que me acolheram nesta cidade. Obrigada meninas por todos nossos encontros repletos de risos e choros afinal, só quem está passando pela mesma fase consegue entender os dilemas do outro.

Ao **Cris**, pelas muitas risadas, pelas histórias engraçadas que pudemos dividir, pela parceria, pela lealdade, pela paciência de me aturar até nas manhãs de mau humor. Com você ao meu lado, a graduação ficou mais leve e divertida.

Ao meu amigo **Riam**, que me ligava nas horas mais inconvenientes me fazendo rir e dizendo que eu iria sobreviver a tudo isso. Tinha razão, sobrevivi.

Aos meus **amigos de Curitiba**, em especial àqueles que me acompanham desde o IEP. Obrigada por todos os momentos de descontração, por entenderem muitas vezes a minha ausência, por mostrarem que as verdadeiras amizades sobrevivem a longas distâncias.

Aos **amigos** que conquistei nesta cidade e aos que dividiram os dias comigo na Universidade, principalmente a turma 11.2. Foi ótimo dividir estes momentos com todos vocês.

Aos **pacientes**, que gentilmente aceitaram participar do estudo mesmo tendo que recordar dos momentos difíceis que passaram durante o tratamento.

À todos os **mestres, dentistas e alunos participantes dos ambulatórios do Núcleo de Odontologia HU/UFSC**, foi muito enriquecedor esses anos que convivi com vocês, obrigada por dividirem seus conhecimentos.

À **Universidade Federal de Santa Catarina e seus funcionários**, que proporcionaram um ensino de qualidade e público, obrigada pelo crescente e contínuo aprendizado.

Tenho em mim todos os sonhos do mundo.

(Fernando Pessoa, 1928)

RESUMO

Entende-se por Próteses Bucomaxilofaciais (PBMF) aquelas utilizadas na reabilitação de pacientes que tiveram câncer de boca ou tumores benignos de grandes proporções que foram tratados com intervenção cirúrgica mutiladora. São utilizadas ainda, na reabilitação de mutilados por arma de fogo, por acidentes ou por destruições ósseas decorrentes do uso de drogas como a cocaína, por exemplo. Este trabalho teve como objetivo descrever o perfil dos pacientes com histórico de câncer de boca tratados cirurgicamente, bem como as características das PBMF instaladas em pacientes acompanhados no Núcleo de Odontologia Hospitalar do HU/USFC, durante os últimos 7 anos, até fevereiro de 2016. Objetivou, ainda, relatar a importância da utilização das referidas próteses na reabilitação dos pacientes e discutir seus benefícios funcionais, estéticos e psicoemocionais decorrentes da sua instalação, bem como o impacto das mesmas na qualidade de vida dos seus usuários. Um total de 32 pacientes reabilitados com PBMF foram acompanhados clinicamente, responderam um questionário de Qualidade de Vida (Oral Health Impact Profile-14) e concederam informações obtidas na Entrevista para Análise de Conteúdo, analisadas pelo método de Bardin. Os resultados obtidos nos permitiram concluir que as PBMF trouxeram benefícios aos seus usuários e que o uso das mesmas é peça fundamental dentro da reabilitação de pacientes com câncer de boca ou tumores benignos de grandes proporções, submetidos a tratamento cirúrgico.

Palavras-chaves: defeitos orofaciais, câncer oral, reabilitação, prótese bucomaxilofacial

ABSTRACT

It is understood by Maxillofacial Prosthesis (PBMF) the ones used in the rehabilitation of patients who had oral cancer or benign tumors of large proportions that were treated with mutilating surgery, and in the rehabilitation of the ones mutilated by fireguns, accidents or bone destruction by drug abuse such as cocaine, for example. This study aimed to describe the profile of patients with oral cancer history that were treated surgically, as well as the characteristics of PBMF installed in patients treated at Hospital Dental Center of HU / USFC over the past seven years, until February 2016. It also aimed to report the importance of the use of such prosthesis in the rehabilitation of these patients and discuss its functional benefits, aesthetic and psychoemotional results from its installation, as well as their impact in the life quality of its users. A total of 32 patients rehabilitated with PBMF that were followed clinically, they responded the Quality of Life Questionnaire (Oral Health Impact Profile-14) and have given information obtained through the interview for Content Analysis, analyzed by the Bardin method. The results allowed us to conclude that the PBMF brought benefits to its users and the use of them is a key part in the rehabilitation of patients with oral cancer or big bone benign tumors that have undergone surgical treatment.

Keywords: orofacial defects, oral cancer, rehabilitation, maxillofacial prosthesis

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Classificação do defeito maxilar adaptado de Brown et al (2000).....	32
--	----

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1- Diagrama demonstrando a classificação modificada em relação à obturação (BROWN et al, 2000, p.19).....31
- Figura 2- Ilustração de caso clínico de defeito horizontal tipo 1 com prótese convencional e com PBMF Defeito Horizontal tipo 1. Em **a**, vista do defeito no pós-operatório; observa-se tecido de cicatrização. Em **b**, paciente utilizando a sua prótese total convencional confeccionada antes da cirurgia; observa-se como a mesma não oblitera a comunicação bucosinusal. Em **c**, PBMF obturadora instalada mostrando o fechamento da abertura bucosinusal. Em **d**, PBMF com sobreextensão posterior, visando obliterar o defeito cirúrgico. Fonte: Fotos gentilmente cedidas pela Dra. Cleumara Kosmann.....51
- Figura 3- Em **a**, defeito Horizontal *a*. Em **b**, prótese obturadora imediata para o defeito Horizontal *a*. Em **c**, prótese obturadora imediata.....52
- Figura 4- Em **a**, defeito Horizontal *b*, envolve hemi-maxila até linha média. Em **b**, PBMF utilizada por outro paciente para obtenção de Defeito Horizontal *c*.....52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização dos pacientes da amostra (n=32), quanto ao gênero, etnia, faixa etária, procedência e estado civil. Florianópolis, SC, 2016	46
Tabela 2- Relação com tabagismo e etilismo, tipo de tumor, localização e tratamento de escolha (n=32). Florianópolis, 2016.....	48
Tabela 3- Classificação do defeito e caracterização das PBMF (n=32). Florianópolis, 2016.....	50
Tabela 4- Valores de Prevalência e Média dos Escores por item do OHIP-14 (n=12). Florianópolis, SC, 2016.....	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

INCA:	Instituto Nacional de Câncer
TCLE:	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
PBMF:	Prótese Bucomaxilofacial
OHIP:	<i>Oral Health Impact Profile</i>
CEPSH:	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
IBGE:	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PIGPM	Prótese Imediata para Grandes Perdas do Maxilar
HU/UFSC	Hospital Universitário Prof.º Polidoro Ernani de São Thiago/ Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	27
2. REVISÃO DE LITERATURA	29
2.1 CÂNCER DE BOCA	29
2.2 CLASSIFICAÇÃO DO DEFEITO	30
2.3 PRÓTESES BUCOMAXILOFACIAIS.....	33
2.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA.....	36
3. OBJETIVOS.....	37
3.1 OBJETIVO GERAL	37
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	37
4. METODOLOGIA.....	39
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	39
4.2 DETERMINAÇÃO DA AMOSTRA.....	39
4.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	39
4.4 ETAPAS DO ESTUDO	39
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	41
5. RESULTADOS e DISCUSSÃO	43
5.1 ANÁLISE QUANTITATIVA	43
5.1.1 Dados da análise descritiva dos casos de PBMF.....	43
5.2 ANÁLISE QUALITATIVA	51
5.2.1 Dados do Oral Health Impact Profile-14.....	51
5.2.2 Dados das Entrevistas.....	55

6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
7	CONCLUSÕES	67
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69
	APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	72
	APÊNDICE B- OHIP-14.....	75
	APÊNDICE C- Roteiro de Entrevistas.....	76
	ANEXO A- Comitê de Ética.....	77
	ANEXO B- Relação do escore máximo do OHIP-14 com tempo de PBMF.....	80

1. INTRODUÇÃO

O câncer de boca, incluindo as patologias malignas do lábio, língua, gengiva, soalho da boca, palato, glândulas salivares, amígdala e orofaringe, está entre as principais causas de óbito por neoplasias e representa uma causa importante de morbimortalidade, uma vez que mais de 50% dos casos são diagnosticados em estágios avançados da doença. Localiza-se, preferencialmente, no soalho da boca e na língua e o tipo histológico mais frequente é o carcinoma epidermóide (MINISTÉRIO DA SAÚDE; INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2002). Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), dados dos Registros Hospitalares de Câncer brasileiros mostram que a maioria dos pacientes chega aos hospitais em fase avançada da doença, cujo tratamento deixa de ser curativo, e na maioria dos casos é mutilante, o que influencia diretamente no tempo e qualidade de sobrevivência desses pacientes.

Se diagnosticado no início e tratado da maneira adequada, a maioria (80%) dos casos desse tipo de câncer tem cura. Geralmente, o tratamento emprega cirurgia e/ou radioterapia. Os dois métodos podem ser usados de forma isolada ou associada (MINISTÉRIO DA SAÚDE; INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2002). As duas técnicas têm bons resultados nas lesões iniciais e a indicação vai depender da localização do tumor e das alterações funcionais que possam ser provocadas pelo tratamento. Ainda segundo o INCA, a quimioterapia poderá ser empregada em casos avançados selecionados, visando à redução do tumor, a fim de possibilitar o tratamento posterior pela radioterapia ou cirurgia. O prognóstico dos casos avançados é extremamente grave, tendo em vista a impossibilidade de controlar-se totalmente as lesões extensas, a despeito dos tratamentos aplicados.

Nos tratamentos cirúrgicos, onde há a remoção de parte da maxila, mandíbula ou língua, tem-se como tratamento reabilitador a Prótese Bucomaxilofacial. Segundo Rahn e Boucher citado por Contis (2006, p.35), entende-se como Prótese Bucomaxilofacial a substituição aloplástica dos tecidos perdidos na região dos maxilares e da face com o propósito de restaurar a anatomia o mais próximo possível. Podem reestabelecer igualmente as funções perdidas, embora em alguns casos existam limitações.

Relatos de uso de PBMF existem desde épocas muito antigas, a partir do desenvolvimento da civilização egípcia há 3200 a.C. Documentos romanos também mencionaram a substituição de olhos

como alternativa para melhorar a estética, apesar da falta de tecnologia da época. Os primeiros materiais utilizados para a confecção destas próteses foram a borracha vulcanizada ou celuloide, que apresentavam dificuldade da sua manipulação, aparência pouco convincente e fácil combustibilidade. Mais tarde foi observada a evolução dos materiais utilizados. Compostos a base de gelatina e glicerina foram usados, porém, eram de fácil deterioração e com o inconveniente de derreter-se quando submetidas a temperaturas ambientes elevadas (ÁLVAREZ, 1993). O látex líquido pré-vulcanizado, as resinas polivinílicas (PVC) e o acrílico surgiram durante a Segunda Guerra Mundial, o que possibilitou a confecção de próteses faciais para substituir grandes defeitos faciais, alcançando resultados satisfatórios tanto estéticos quanto funcionais (GARCÍA et al, 2006).

A reabilitação com PBMF tem mostrado a diminuição das dificuldades em relação a mastigação e deglutição e foi mostrado um resultado significativo em relação a fala e inteligibilidade. Vários estudos já realizados demonstraram que as próteses são importantes não só para comer, mas influenciam na qualidade de vida geral do paciente (IRISH,2009).

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CÂNCER DE BOCA

Em todo o mundo os cânceres de cabeça e pescoço representam 10% dos tumores malignos e aproximadamente 40% dos cânceres dessa localização ocorrem na cavidade oral. O chamado câncer de boca, inclui várias localizações primárias intra-orais de tumor e estão incluídas na Classificação Internacional de Doenças (CID), com os códigos C00 à C06. Incluindo as patologias malignas do lábio, língua, gengiva, soalho da boca, palato, glândulas salivares, amígdala e orofaringe, está entre as principais causas de óbito por neoplasias e representa uma causa importante de morbimortalidade, uma vez que mais de 50% dos casos são diagnosticados em estágios avançados da doença. Localiza-se, preferencialmente, no soalho de boca e na língua e o tipo histológico mais frequente é o carcinoma epidermóide (MINISTÉRIO DA SAÚDE; INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2002). No Brasil, trata-se da doença neoplásica de maior frequência (DEDIVITIS et al, 2004).

A causa do carcinoma epidermóide é multifatorial. Não existe um fator ou agente causador (carcinógeno) isolado definido, mas sim fatores extrínsecos e intrínsecos que podem estar em atividade. Como fatores extrínsecos incluem-se os agentes externos, com destaque para o tabagismo e etilismo (para os cânceres intra-orais), e para a exposição crônica as radiações solares (para cânceres de lábio). Já como fatores intrínsecos incluem-se os estados sistêmicos como a desnutrição geral ou anemia por deficiência de ferro (NEVILLE, 2004). Segundo o Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA), o mecanismo de desenvolvimento do câncer é descrito em três fases: iniciação, promoção e progressão. Na iniciação, o DNA é exposto a um carcinógeno com o qual faz interação que provoca alterações permanentes. A célula alterada permanece latente e pode ser eliminada por mecanismos homeostáticos do organismo ou podem desenvolver outras alterações, dependendo dos estímulos sofridos. Na promoção, após a fase inicial da lesão, as células iniciadoras quando submetidas a exposição de agentes promotores, podem apresentar efeitos carcinogênicos, se estes agentes não forem mutagênicos os efeitos podem ser reversíveis quando em fase inicial, e caso as células sofram uma exposição prolongada, seriam então induzidas a um processo de

carcinogênese. Na progressão os mecanismos que regulam a replicação celular foram ultrapassados, onde se estabelece o fenótipo maligno.

O tratamento para o câncer de boca inclui a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia, que podem ser empregados individualmente ou em combinação. A escolha varia de acordo com a extensão, intensidade, local do tumor e estágio da doença. Alteração da anatomia bucal, perda de estruturas anatômicas como língua e palato mole, perdas dentárias, alterações dos anexos e equilíbrios musculares, perda do selamento labial, perda ou alteração de sensibilidade, desenvolvimento de trismo, e alteração na aparência oro-facial (PACE-BALZAN,2011). Outras funções fisiológicas, tais como a respiração e o bem estar psicoemocional também podem ser afetados negativamente. O tratamento cirúrgico para cânceres bucais afeta não só a aparência dos pacientes, mas também a capacidade que eles tem em relacionarem-se com os outros. Estes pacientes lidam não somente com o fato de terem que enfrentar o diagnóstico de um câncer, com a perda de uma estrutura física, com o comprometimento da função, com a preocupação em se recuperar e de sobreviver, mas também com as consequências que afetam seu convívio social (DROPKIN, 1999). Uma equipe multidisciplinar deve acompanhar o paciente durante todo o tratamento e, deve ser composta pelo cirurgião de cabeça e pescoço, radioterapeuta, oncologista clínico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta e fonoaudiólogo. O cirurgião-dentista, que também deve compor a equipe, deve estar preparado para atender este perfil de pacientes, geralmente sendo necessário um estomatologista e um especialista em PBMF, contando com a colaboração de um bom técnico em prótese dentária.

2.2. CLASSIFICAÇÃO DO DEFEITO

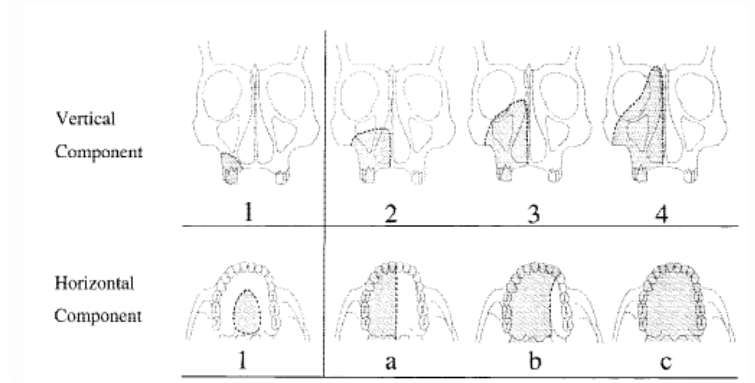
As ressecções maxilares devido as cirurgias oncológicas, geram grandes mutilações faciais. Essas ressecções podem ser parciais ou totais, uni ou bilaterais incluindo maxilar, assoalho de órbita, globo ocular e ainda podem apresentar comprometimento da base de crânio (MIRACCA,2007).

Cada defeito exige uma abordagem diferente para reconstrução e reabilitação, pois os efeitos causados sobre cada paciente também são individuais. A maxilectomia realizada para remoção de tumores pode resultar tanto numa desfiguração facial quanto numa função bucal

comprometida. Uma maxilectomia limitada, que envolva o alvéolo posterior unilateral pode ser efetivamente obturada causando poucos danos funcionais e estéticos ao paciente, já uma maxilectomia associada à exenteração da órbita, resulta em grandes danos estéticos ao paciente e sua obturação também se torna mais difícil.

Devido a tantas variações, um grupo no The Sloan Kettering Memorial Hospital, nos Estados Unidos, percebeu a necessidade de classificar os defeitos da maxilectomia para auxiliar o cirurgião de cabeça e pescoço e o protesista na reabilitação (BROWN et al, 2000). Segundo estes autores, o defeito cirúrgico foi então classificado de acordo com a dimensão vertical da maxilectomia (Classe 1-4), que se refere ao envolvimento da órbita, base do crânio e principalmente ao resultado estético da deformidade (Figura 1). Na Classe 2-4 é acrescida uma letra (a-c) de acordo com o defeito no sentido horizontal, se envolve palato, septo nasal, seios contralaterais ou se o alvéolo foi excisado (Quadro 1).

Figura 1. Diagrama demonstrando a classificação modificada em relação à obturação e escolha de reconstrução recomendada pelos autores.



Fonte: Adaptado de Brown et al, 2000, p.19.

Quadro 1. Classificação do defeito maxilar de acordo com o componente vertical e horizontal.

COMPONENTE	CLASSIFICAÇÃO DO DEFEITO
Componente Vertical	Classe 1 Maxilectomia sem fístula buco- sinusal
	Classe 2 Maxilectomia baixa
	Classe 3 Maxilectomia alta
	Classe 4 Maxilectomia radical
Componente Horizontal	1- Sem comunicação buco-sinusal ou comunicação pequena, sem envolvimento alveolar
	a- Alvéolo maxilar unilateral e palato duro ressecado. Envolvimento menor ou igual a metade do alvéolo e ressecção do palato duro sem envolvimento do septo nasal e sem cruzar a linha média.
	b- Alvéolo maxilar bilateral e palato duro ressecado. Inclui uma ressecção menor. Que cruza a linha média do osso alveolar incluindo o septo nasal.
	c- Remoção de todo alvéolo maxilar e palato duro

Fonte: Adaptado de Brown et al (2000)

A seguir, detalharemos os elementos que permitem a classificação de Brown et al (2000):

- 1) **Classe 1.** Quando a remoção do osso alveolar não ocasiona uma comunicação buco sinusal. Ressecções do etmoide, defeitos da cavidade do seio frontal ou a remoção da parede lateral do nariz, encaixam-se nesta classificação. Incluídos ainda neste grupo, remoção do osso palatino que resulta inevitavelmente em uma fístula buco-sinusal, porém deixa a parte do suporte dental da maxila intacto.
- 2) **Classe 2.** Quando ocorre a remoção do alvéolo e das paredes antrais mas não inclui o assoalho da órbita.
- 3) **Classe 3.** Quando a ressecção inclui o assoalho da órbita, com ou sem a periórbita e com ou sem ressecção da base do crânio.
- 4) **Classe 4.** Todas as ressecções, além disso, remoção orbital com ou sem ressecção anterior da base do crânio.

A classificação do defeito no sentido vertical (1-4), geralmente indica o provável efeito estético que a cirurgia ocasionou ou ocasionará. Já a classificação do defeito no sentido horizontal (a, b ou c), indica a crescente dificuldade da reabilitação bucal dentária, o que implica na funcionalidade também. Embora uma prótese bucomaxilofacial obturadora seja possível para qualquer defeito, o seu sucesso e desempenho tornam-se mais difíceis de acordo com a extensão da ressecção no sentido horizontal, devido a perda do suporte dental, tanto quanto no sentido vertical, pela dificuldade de retenção para obturação do defeito (BROWN et al, 2000).

2.3 PRÓTESES BUCOMAXILOFACIAIS

As próteses faciais são utilizadas no tratamento reabilitador pós-cirurgia para a remoção de tumores. A prótese bucomaxilofacial se define como a substituição aloplástica dos tecidos perdidos na região dos maxilares e da face com o propósito de restaurar a anatomia o mais próximo possível. Podem reestabelecer igualmente as funções perdidas, embora em alguns casos sejam limitadas (CONTIS,2006).

O termo Prótese Bucomaxilofacial também descreve a arte e a ciência de restaurar uma parte malformada ou ausente da boca, dos maxilares ou do rosto através de um meio artificial conhecido como prótese. O cirurgião-dentista especialista em PBMF é o membro da

equipe multidisciplinar responsável por realizar o tratamento protético para pacientes com defeitos na face (GARCÍA et al,2006).

A causa da perda dos tecidos faciais pode ser devido a tratamento cirúrgico para neoplasias malignas, malformações congênitas, traumas entre outras. As PBMF podem ser: oculares, orbitais, nasais, auriculares, para defeitos maxilares e mandibulares, craniais e complexas (ÁLVAREZ, 1993). Podem ser retidas por intermédio de óculos, em alguns casos, por auxílio de adesivos especiais aplicados na parte posterior da prótese e colados na pele. O método mais seguro para retenção é a utilização de implantes, a ósseo-integração reforça a retenção de uma prótese maior e permite obter bons resultados. Infelizmente, nem todos os indivíduos com necessidade de PBMF podem passar pela reabilitação ósseo-integrada. As opções devem ser discutidas pela equipe multidisciplinar, que irá avaliar a melhor opção, considerando se o paciente passou por radioterapia ou não (CONTIS, 2006).

Segundo Goiato et al, a terapia reconstrutiva ideal para os defeitos faciais causados pela maxilectomia é controversa. Várias abordagens terapêuticas tem sido publicadas, como os obturadores protéticos, enxertos não vascularizados, retalhos locais, regionais e transferência de tecido livre. A reconstrução do defeito por retalho cirúrgico permite uma correção definitiva da comunicação bucosinusal mas requer equipe e conhecimento técnico extremamente especializado e, em geral, aumenta a duração do procedimento cirúrgico, o que aumenta também a possibilidade de morbidade. Já a fabricação de uma prótese obturadora, encurta o tempo de procedimento e oferece a reabilitação dentária imediata e adequada. Outra vantagem citada, é de que o local da cirurgia pode ser facilmente examinado após a remoção da prótese obturadora e, caso ocorra uma recidiva do tumor, esta pode facilmente ser detectada em tempo hábil.

Relatos de uso de PBMF existem desde épocas muito antigas, a partir do desenvolvimento da civilização egípcia há 3200 a.C. Documentos romanos também mencionaram a substituição de olhos como alternativa para melhorar a estética, apesar da falta de tecnologia da época. Segundo Miracca (2007), a primeira maxilectomia parcial foi realizada por Acoluthus e a primeira ressecção total foi realizada na França em 1827 por Gensoul. Claude Martin, em 1889, foi o primeiro a confeccionar uma prótese para maxilectomia, sendo considerado o “pai” da PBMF.

Os primeiros materiais utilizados para a confecção destas próteses foram a borracha vulcanizada ou celuloide, que apresentavam dificuldade

da sua manipulação, aparência pouco convincente e fácil combustibilidade. Mais tarde foi observada a evolução dos materiais utilizados. Compostos a base de gelatina e glicerina foram usados, porém, eram de fácil deterioração e com o inconveniente de derreter-se quando submetidas a temperaturas ambientes elevadas (ÁLVAREZ, 1993). O látex líquido pré vulcanizado, as resinas polivinílicas (PVC) e o acrílico surgiram durante a Segunda Guerra Mundial, o que possibilitou a confecção de próteses para substituir grandes defeitos faciais, alcançando resultados satisfatórios tanto estéticos quanto funcionais (GARCÍA et al, 2006).

Chalian et.al (1967 apud GARCÍA et al,2006) observaram o extraordinário desenvolvimento das técnicas e materiais nesse período, apareceram os acrílicos e posteriormente as mercaptanas e os silicones. Atualmente, as próteses faciais são confeccionadas em elastômeros não aquosos (silicones) que permitem a caracterização de pigmentos da pele de cada pessoa, resiliência e transparência. Os silicones têm que resistir a decomposição química, inclusive em condições adversas como, por exemplo, em contato com ácidos gástricos. Já as próteses obturadoras, utilizadas para as comunicações bucosinusais, podem ser utilizadas tanto para reabilitação provisória como definitiva. Os materiais normalmente utilizados são o metacrilato de polimetileno (PMMA) e titânio (GOIATO,2008).

A reabilitação com PBMF tem mostrado a diminuição das dificuldades em relação à mastigação e deglutição e foi mostrado um resultado significativo em relação a fala e inteligibilidade. Irish (2009) citou vários estudos já realizados que demonstram que as próteses são importantes não só para comer, mas influenciam na qualidade de vida geral do paciente. A reconstrução ideal de um defeito na maxila permanece controversa. A cirurgia reconstrutiva possui diversas opções de tratamento como: obturadores protéticos, enxertos não vascularizados, retalhos locais ou regionais e retalhos com transferência de tecido livre (ROGERS, 2003).

A reabilitação protética das perdas maxilares é constituída por três fases: cirúrgica, provisória e reabilitadora. A reabilitação protética resultante da maxilectomia objetiva a separação das cavidades nasal e bucal por meio da remodelação e reconstrução do contorno palatino, visando melhorar a estética, mastigação, deglutição e fala do paciente (KUSTERER, 2012). A escolha da técnica depende de diversos fatores como, por exemplo, as características do paciente como idade, história médica, tamanho do defeito e da técnica e experiência da equipe cirúrgica.

2.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Segundo Depprich et. al (2011), o termo “Qualidade de Vida” é usado para descrever fatores que influenciam as condições de vida de uma sociedade ou de indivíduos da sociedade. A Organização Mundial da Saúde define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e valor, sistemas nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. A qualidade de vida inclui igualmente a saúde física, circunstâncias pessoais (riqueza, condição de vida), as relações sociais, atividades funcionais e perseguições, bem como mais ampla influência social e econômica. Usualmente, para a avaliação das intervenções terapêuticas em cânceres de cabeça e pescoço é usado a taxa de recidiva e de sobrevida dos pacientes, sem levar em consideração a satisfação ou qualidade de vida dos mesmos.

Na opinião de Rogers et al(2003), existe uma associação entre Qualidade de Vida relacionada à saúde e função bucal. Portanto, são fundamentais o conhecimento do impacto dessa associação e o adequado planejamento do tratamento da lesão cancerígena, a fim de minimizar os danos ao paciente. Os tratamentos sistêmicos antineoplásicos disponíveis até o momento estão aptos a destruir as células tumorais, porém causam a morte de algumas células normais também e os tecidos com rápida renovação são especialmente suscetíveis, como o do epitélio oral, por exemplo. A boca é um local comum para complicações relacionadas ao tratamento do câncer, tanto a radioterapia quanto a quimioterapia podem causar problemas orais significativos. As principais complicações causadas pelo tratamento oncológico na cavidade bucal são: xerostomia, perda de paladar, hemorragia (afetando principalmente a mucosa labial, língua e gengiva), mucosite oral, osteorradionecrose, trismo (espasmos musculares com ou sem fibrose dos músculos mastigatórios e da articulação temporomandibular) e mutilação (NEVILLE, 2004). Segundo Araújo *et al* (2009), a função e aparência da região de cabeça e pescoço são importantes para a autoimagem e para a qualidade de vida. Vários aspectos são influenciados pela deformidade e pela disfunção causadas pelo câncer de cabeça e pescoço e seu tratamento como, por exemplo, o bem estar físico, social e psicológico.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Estudar as próteses bucomaxilofaciais de pacientes do Núcleo de Odontologia Hospitalar do HU/UFSC, com histórico de câncer de boca ou tumores benignos de grandes proporções tratados cirurgicamente, bem como avaliar os reflexos da instalação das mesmas na qualidade de vida destes pacientes.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever o perfil dos pacientes da amostra;
- b) Classificar os defeitos cirúrgicos destes pacientes, decorrentes da cirurgia oncológica;
- c) Descrever as PBMF instaladas nos pacientes da amostra;
- d) Relatar a importância da utilização das referidas próteses na reabilitação dos pacientes e os benefícios funcionais e estéticos decorrentes da sua instalação;
- e) Avaliar os reflexos da reabilitação com PBMF na qualidade de vida dos pacientes da amostra.

4. METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de casos, do tipo analítico e descritivo, de caráter quantitativo e qualitativo.

4.2 DETERMINAÇÃO DA AMOSTRA

Compuseram a amostra pacientes de ambos os sexos, com histórico de câncer de boca ou tumores benignos cujo tratamento foi mutilante, que utilizam PBMF intra oral devido a sequela de tratamento cirúrgico. Todos os pacientes foram reabilitados por um mesmo cirurgião-dentista, especialista em prótese bucomaxilofacial, acompanhados ao longo dos últimos 7 anos no Núcleo de Odontologia Hospitalar HU/UFSC, tratados até o mês de fevereiro de 2016, quando optamos por finalizar a coleta de dados deste trabalho.

Todos os pacientes convidados a participar da parte qualitativa do estudo, foram informados que seriam avaliados pela professora orientadora e pela acadêmica autora deste estudo e esclarecidos sobre os objetivos e métodos a serem utilizados. Àqueles que aceitaram participar foram solicitados a ler, tomar ciência e assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE – (Apêndice A).

4.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos deste estudo os pacientes que apresentaram as seguintes características:

- Menores de 18 anos;
- Pacientes que utilizam apenas PBMF extra-bucal.

4.4 ETAPAS DO ESTUDO

• Etapas 1: ANÁLISE QUANTITATIVA

Identificação dos pacientes e coleta de dados iniciais através da leitura dos prontuários, contendo a descrição dos procedimentos desenvolvidos no Núcleo de Odontologia Hospitalar HU/UFSC.

Acompanhamento das consultas realizadas, para avaliação clínica das PBMF instaladas.

Para um melhor entendimento e apresentação visual, as PBMF foram classificadas, segundo uma adaptação da Classificação Funcional de Rumpel (1927, apud VOLPATO et al. 2012, p. 347) Tabela 3, que considera a via de transmissão das cargas mastigatórias ao tecido ósseo. De acordo com estes autores as próteses removíveis podem ser classificadas em:

- a) Próteses Mucossuportadas são aquelas que a transmissão das cargas é realizada via mucosa, como por exemplo, as próteses totais.
- b) Próteses Mucodentossuportadas são aquelas em que a transmissão das cargas é feita mais intensamente pela mucosa do que por dentes, como por exemplo, nas próteses parciais com extremos livres.
- c) Próteses Dentomucossuportadas são aquelas em que a transmissão das cargas é maior nos dentes do que na mucosa, como por exemplo, nas próteses parciais intercalares.
- d) Próteses Dentossuportadas que são aquelas em que a transmissão das cargas ocorre por via dental, como por exemplo, próteses removíveis unilaterais com dentes adjacentes ao espaço protético.

- Etapa 2: ANÁLISE QUALITATIVA

- Aplicação do questionário OHIP-14 (*Oral Health Impact Profile*) (APÊNDICE B). Existem diversos instrumentos utilizados para a medição da qualidade de vida, sendo o OHIP-14 um dos instrumentos voltados para a saúde bucal, ele é uma versão reduzida do OHIP-49 e tão eficaz quanto, como provou Slade (1997). Contém 14 questões divididas em sete dimensões: *Limitação Funcional, Dor física, Desconforto Psicológico, Incapacidade Física, Incapacidade Psicológica, Incapacidade Social e Deficiência*, sendo duas perguntas para cada dimensão. Aos pacientes foi perguntado com que frequência eles percebem cada item presente em suas vidas nos últimos seis meses. As respostas são codificadas recebendo um valor: 4 (sempre), 3 (repetidamente), 2 (às vezes), 1 (raramente) e 0 (nunca). Os pacientes foram esclarecidos dos objetivos e métodos da

pesquisa e solicitados a ler e, caso concordassem, assinar o TCLE;

- Realização das entrevistas compostas por nove questões abertas (APÊNDICE C), que foram gravadas em gravador digital;
- Digitação dos dados coletados, análise e tabulação dos resultados. Esse processo foi digitado e analisado no programa Microsoft Excel 2013. Foi definido como prevalência o percentual de pacientes que relataram pelo menos um impacto com escore 3 (repetidamente) ou 4 (sempre), (SLADE, 1997);
- O roteiro de entrevistas foi transcrito, codificado e classificado em três categorias: (1) repercussões bucais e impacto do tratamento cirúrgico na vida do paciente, (2) recuperação, impacto e aceitação da reabilitação com PBMF, (3) significado de Qualidade de Vida e influência da reabilitação com PBMF na qualidade de vida do paciente. As falas transcritas foram identificadas pela letra P (paciente) e com um número correspondente a ordem de registro de cada paciente.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC) (ANEXO- A). O TCLE e o referido projeto foram elaborados de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012 e suas complementares.

As fichas com as perguntas para análise da qualidade de vida, juntamente com os TCLEs ficaram de posse somente da pesquisadora deste trabalho e todos os dados foram mantidos em sigilo. Quando necessário, os pacientes foram identificados por números.

Os pacientes que apresentaram necessidade de ajustes e manutenção de suas PBMF, foram encaminhados à cirurgiã-dentista especialista em prótese bucomaxilofacial responsável pela confecção das próteses, para que a mesma realizasse os procedimentos necessários.

5. RESULTADOS e DISCUSSÃO

5.1 ANÁLISE QUANTITATIVA

5.1.1 Dados da análise descritiva dos casos de PBMF

A amostra foi constituída por 32 pacientes, atendidos no Núcleo de Odontologia Hospitalar HU/UFSC, ao longo dos últimos 7 anos. A caracterização da amostra quanto a gênero, etnia, faixa etária, procedência e estado civil encontra-se na Tabela 1. Os dados obtidos foram extraídos dos prontuários dos pacientes e com base nas solicitações feitas à Secretaria de Estado da Saúde, para a confecção das PBMF pela cirurgiã-dentista especialista em Prótese Bucomaxilofacial conveniada. Cabe destacar que o atendimento especializado não foi realizado nas dependências do Núcleo de Odontologia Hospitalar HU/UFSC, pois o mesmo não conta com profissionais habilitados para tal. A Tabela 2, apresenta o levantamento em relação aos hábitos deletérios, tipo de tumor, a sua localização e os tratamentos realizados.

Como a Secretaria de Estado da Saúde também não conta com este perfil de profissional, nem no CEPON (Centro de Pesquisas Oncológicas do Estado de SC) e nem em outro local de referência ao atendimento de pacientes oncológicos no Estado, a solicitação de reabilitação protética é feita pelo Núcleo de Odontologia Hospitalar HU/UFSC, através de pedido ao Ministério Público Estadual e, por consequência, da contratação do profissional especialista pela Secretaria de Saúde do Estado. Infelizmente, toda esta burocracia atrasa o acesso dos pacientes ao serviço especializado, prejudicando sobremaneira sua reabilitação.

Tabela 1: Caracterização dos pacientes da amostra (n=32), quanto ao gênero, etnia, faixa etária, procedência e estado civil. Florianópolis, SC, 2016.

Características da amostra		n	%
Gênero	Homens	18	56,25%
	Mulheres	14	43,75%
Etnia	Leucoderma	27	84,37%
	Feoderma	4	12,5%
	Melanoderma	1	3,13%
Faixa Etária	18 -30 Anos	2	6,25%
	31-40 Anos	1	3,13%
	41-50 Anos	3	9,38%
	51 -60 Anos	13	40,62%
	Acima de 61 anos	13	40,62%
Procedência	Grande Florianópolis	14	43,75%
	Outro Estado	2	6,25%
	Vale do Itajaí	5	15,62%
	Oeste Catarinense	3	9,38%
	Região Serrana	2	6,25%
	Sul Catarinense	6	18,75%
	Norte Catarinense	0	0%
Estado Civil	Casado	19	59,38%
	Solteiro	5	15,62%
	Outros	8	25%

A distribuição da amostra do estudo, de acordo com gênero, apresentou 56,25% homens e 43,75% mulheres, coincidindo com o padrão encontrado na população do estado de Santa Catarina, onde,

segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE – 2015), é de 50,15% homens e 49,85% mulheres. Dos 32 pacientes da amostra, 40,62% tinham idade entre 51 à 60 anos e o mesmo percentual de pacientes com idade acima de 61 anos, segundo o Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA), o câncer de boca acomete mais homens acima de 40 anos, confirmando com o achado deste presente estudo.

Tabela 2. Relação com tabagismo e etilismo, tipo de tumor, localização e tratamento de escolha (n=32). Florianópolis, 2016.

Hábitos do paciente e dados do tumor	n	%
Hábitos deletérios		
Fumante	3	9,38%
Ex fumante	15	46,87%
Nunca fumou	14	43,75%
Etilista	0	0%
Ex etilista	10	31,25%
Nunca bebeu	22	68,75%
Tipo de tumor		
Carcinoma Epidermóide	18	56,25%
Tumores de Glândulas Salivares	8	25%
Outros	6	18,75%
Localização		
Palato	27	84,37%
Língua	1	3,13%
Orofaringe	1	3,13%
Seio maxilar	2	6,25%
Rebordo anterior	1	3,13%
Tratamento		
Cirúrgico	9	28,13%
Cirúrgico e quimioterápico	2	6,25%
Cirúrgico e radioterápico	13	40,62%
Cirúrgico, quimio e radioterápico	8	25%

Outra característica da amostra foi de que, a maioria, 46,87% eram de pacientes ex-fumantes, 9,38% ainda fumam e segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 90% dos pacientes diagnosticados com câncer de boca eram tabagistas.

Segundo o INCA, o consumo de substâncias alcoólicas aumenta em média de 9 vezes o risco para o câncer bucal, quando associado ao tabagismo, o risco aumenta para 35 vezes. Preferencialmente, localiza-se no soalho de de boca e na língua, porém no presente estudo a localização de maior prevalência foi o palato com 84,37% dos casos. Kusterer et al(2012) afirmaram em seu estudo que os tumores de baixo e intermediário grau, podem ser tratados por remoção cirúrgica local, como foi realizado em 28,13% da amostra, já tumores de alto grau exigem abordagens mais radicais, combinando a remoção local ampla, esvaziamento linfático e complementação com radioterapia. Esta última opção de tratamento foi realizada em 40,62% dos pacientes do presente estudo.

Depprich et al (2011), em seu estudo encontraram na sua amostra 52% dos casos diagnosticados como carcinoma epidermóide, assim como no presente estudo foi encontrado o mesmo diagnóstico em 56,25% dos casos. O câncer de cabeça e pescoço é representado em sua maioria por neoplasias epiteliais do tipo carcinoma epidermóide, trata-se de uma das neoplasias malignas de maior frequência no Brasil. (DEDIVITIS et al, 2004).

A tabela 3, apresenta a classificação do defeito resultante da cirurgia oncológica, tanto no sentido vertical como também no sentido horizontal, além de apresentar uma classificação funcional das PBMF adaptada da classificação de Rumpel (1927).

Tabela 3. Classificação do defeito e caracterização das PBMF (n=32). Florianópolis, 2016.

Classificação do defeito cirúrgico e das PBMF	N	%
Classificação do defeito(Vertical)*		
1) Maxilectomia sem fístula buco-sinusal	13	40,62
2) Maxilectomia baixa	8	25
3) Maxilectomia alta	10	31,25
4) Maxilectomia radical	1	3,13
Classificação do defeito(horizontal)*		
Classificação 1	12	37,5
a) Maxilo alveolar unilateral e palato duro ressecado	11	34,38
b) Maxilo alveolar bilateral e palato duro ressecado	8	25
c) Remoção de toda maxila alveolar e palato duro	1	3,12
Classificação Funcional das PBMF**		
Obturadora mucodentossuportada	9	28,12
Obturadora mucossuportada	14	43,75
Obturadora dentomucossuportada	9	28,12

*Classificação segundo Brown et al. (2000)

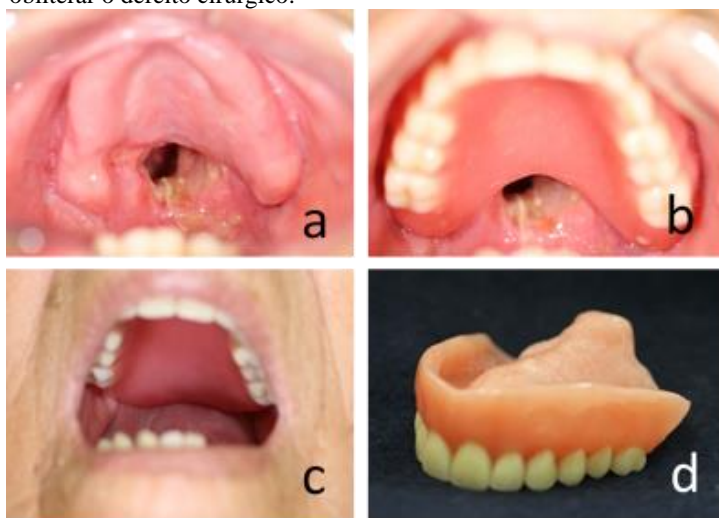
**Classificação adaptada segundo Rumpel (1927)

Dos casos apresentados, 84,38% dos pacientes tiveram o palato como a localização do tumor, 40,62% se encaixaram, por consenso da pesquisadora e orientadora, na Classe I do defeito vertical, segundo a classificação de Brown et al (2000), onde, apesar da denominação maxilectomia sem fístula buco-sinusal, nesta classe se encaixam os pacientes que tiveram apenas a remoção de parte do osso palatino, o que inevitavelmente resulta numa fístula buco-sinusal, mas deixa a parte do suporte dental da maxila intacta. As comunicações bucosinusais decorrentes da remoção de tumores, são pouco toleradas pelos pacientes

quando envolvem pequenas porções do palato duro e/ou mole, ou ainda quando comprometem boa parte dessas estruturas bucais, levando à desnutrição, perda de peso e causando impacto psicológico negativo nos indivíduos (KUSTERER, 2012).

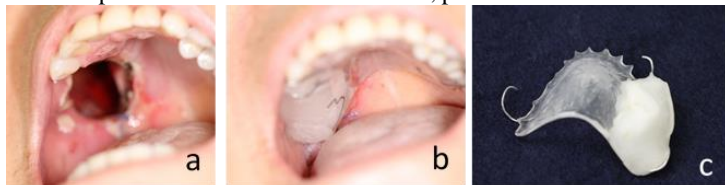
As figuras 2, 3 e 4 mostram casos clínicos de defeitos cirúrgicos decorrentes de cirurgia oncológica, bem como alguns modelos de PBMF realizados nos pacientes da amostra.

Figura 2: Defeito Horizontal tipo 1. Em **a**, vista do defeito no pós-operatório; observa-se tecido de cicatrização. Em **b**, paciente utilizando a sua prótese total convencional confeccionada antes da cirurgia; observa-se como a mesma não oblitera a comunicação bucosinusal. Em **c**, PBMF obturadora instalada mostrando o fechamento da abertura bucosinusal. Em **d**, PBMF com sobreextensão posterior, visando obliterar o defeito cirúrgico.



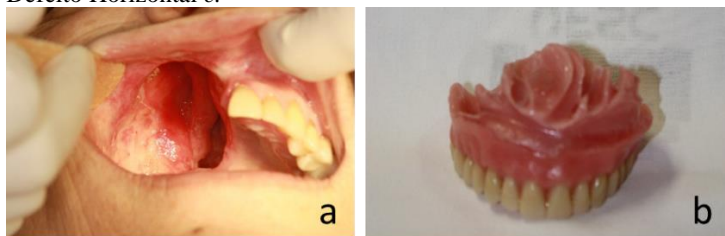
Fonte: Fotos gentilmente cedidas pela Dra. Cleumara Kosmann

Figura 3: Em **a**, defeito Horizontal *a*. Em **b**, prótese obturadora imediata para o defeito Horizontal *a*. Em **c**, prótese obturadora imediata.



Fonte: Fotos gentilmente cedidas pela Dra. Cleumara Kosmann

Figura 4: Em **a**, defeito Horizontal *a*, envolve hemi-maxila até linha média. Em **b**, PBMF utilizada por outro paciente para obturação de Defeito Horizontal *c*.



Fonte: Foto **a** gentilmente cedida pela Dra. Cleumara Kosmann. Foto **b** realizada no Núcleo de Odontologia Hospitalar HU/UFSC.

5.2 ANÁLISE QUALITATIVA

5.2.1 Dados do Oral Health Impact Profile-14

Segundo Depprich et al (2011), nos últimos anos tem-se observado uma maior atenção a qualidade de vida nas pesquisas oncológicas. O bem estar psicológico e a vitalidade do paciente estão contribuindo para a avaliação de uma terapia de sucesso, ainda assim, existem poucas publicações que focam na qualidade de vida do paciente maxilectomizado e em uso de PBMF.

O presente estudo investigou a qualidade de vida dos pacientes pós cirurgia de maxilectomia e reabilitados com prótese obturadora bucomaxilofacial Dos 32 pacientes que compunham a amostra (n=32), foi possível aplicar o questionário OHIP-14 e fazer as entrevistas em 12 deles. Não conseguimos resgatar os demais pacientes por diferentes motivos, merecendo destaque: óbitos, grande debilidade sistêmica decorrente de complicações do câncer ou de outra comorbidade, mudança de endereço ou telefone, dificuldades de deslocamento da sua cidade de origem até Florianópolis, negativa em participar.

Como apresentado anteriormente na Metodologia, o OHIP-14 contém 14 questões divididas em sete dimensões: *Limitação Funcional, Dor Física, Desconforto Psicológico, Incapacidade Física, Incapacidade Psicológica, Incapacidade Social e Deficiência*, sendo duas perguntas para cada dimensão. Os pacientes respondem considerando com que frequência eles percebem cada item perguntado, presente em suas vidas nos últimos seis meses. As respostas são codificadas recebendo um valor: 4 (sempre), 3 (repetidamente), 2 (às vezes), 1 (raramente) e 0 (nunca).

A prevalência do impacto da saúde bucal na qualidade de vida, ou seja, o percentual de pacientes que relataram ao menos uma vez os escores 3 ou 4, foi de 83,33%. O mesmo valor foi obtido quando calculado a prevalência entre os gêneros, tanto os homens quanto as mulheres apresentaram o resultado de 83,33%. Obteve-se como mediana o valor 14, classificando o índice de 8 pacientes (66,66%) como baixo impacto da saúde bucal na qualidade de vida e de 4 (33,33%) como alto impacto da saúde bucal na qualidade de vida.

A média do índice OHIP-14 foi de 17,5. Quando analisada por gênero, a média mostrou-se da seguinte maneira: 16 nos homens e 19, nas mulheres. O menor escore alcançado pelo OHIP-14 foi zero e o maior 37, para um escore máximo de 56.

Os resultados relativos à prevalência e à severidade alta do OHIP-14 por item podem ser visualizados na Tabela 4. Os itens que apresentaram maior prevalência foram: *Dificuldade para pronunciar palavra* (33,33%), na dimensão Limitação Funcional, *Incômodo para comer alimentos* (66,66%), na dimensão Dor Física, *Sentindo-se pouco à vontade* (33,33%), *Sentindo-se estressado* (33,33%), na dimensão Desconforto Psicológico e *Alimentação tem sido prejudicada* (33,33%), na dimensão Incapacidade Física.

Tabela 4: Valores de Prevalência e Média dos Escores por item do OHIP-14 (n=12). Florianópolis, SC, 2016.

DIMENSÃO		PREVALÊNCIA (%)	MÉDIA DOS ESCOR ES (0 A 4)
Limitação Funcional			
1	<i>Dificuldades para pronunciar palavras</i>	33,33	1,91
2	<i>Sentiu que o sabor dos alimentos piorou</i>	16,66	1,08
Dor física			
3	<i>Dor forte na boca</i>	16,66	0,66
4	<i>Incômodo para comer alimentos</i>	66,66	2,91
Desconforto Psicológico			
5	<i>Sentindo-se pouco à vontade</i>	33,33	1,33
6	<i>Sentindo-se estressado</i>	33,33	1,5
Incapacidade Física			
7	<i>Alimentação tem sido prejudicada</i>	33,33	1,75
8	<i>Interromper a alimentação</i>	16,66	1,25
Incapacidade Psicológica			
9	<i>Encontrado dificuldades para relaxar</i>	8,33	0,75
10	<i>Sentindo-se envergonhada</i>	25	1,25
Incapacidade Social			
11	<i>Sentindo-se irritado com outras pessoas</i>	8,33	0,66
12	<i>Dificuldades em realizar atividades diárias</i>	16,66	0,66
Deficiência			
13	<i>Sentiu que a vida em geral ficou pior</i>	25	1,16
14	<i>Tem estado sem poder realizar as atividades diárias</i>	8,33	0,58

Dos pacientes entrevistados, 33,33% relataram dificuldade na pronuncia das palavras, sentiram-se pouco à vontade no convívio interpessoal, mostraram-se estressados e com dificuldade para se alimentar nos últimos seis meses, janelas de tempo que o questionário aplicado *Oral Health Impact Profile-14* (OHIP-14) avalia, porém pelas respostas das entrevistas, a maioria citou estes mesmos itens como a fase mais difícil e incômoda logo após a cirurgia. O estudo de Irish *et al* (2009), avaliou a qualidade de vida de pacientes maxilectomizados e reabilitados com PBMF, a sua amostra compunha 42 indivíduos, e seus pacientes relataram pouca dificuldade de inteligibilidade na fala e privação do convívio familiar ou em eventos sociais, assim como o achado no presente estudo. Assim como no estudo de Irish *et al* (2009), o presente estudo encontrou uma maior prevalência de pacientes que tiveram dificuldades de alimentação. No estudo citado, os pesquisadores alegaram que isto se deve a 25% de sua amostra ser de pacientes com o palato duro ressecado, fato que pode também, justificar o mesmo achado neste estudo, já que, em nossa amostra, 84,38% dos pacientes tiveram o tumor em palato.

5.2.2 Dados das Entrevistas

As informações contidas nas entrevistas foram classificadas da seguinte forma, de acordo com a pergunta formulada:

- a) Repercussões bucais e impacto do tratamento cirúrgico na vida do paciente
- b) Recuperação, impacto e aceitação da reabilitação com PBMF
- c) Significado de Qualidade de Vida e influência da reabilitação com PBMF na qualidade de vida do paciente

Os resultados serão apresentados a seguir:

a) REPERCUSSÕES BUCAIS E IMPACTO DO TRATAMENTO CIRÚRGICO NA VIDA DO PACIENTE

Quando perguntados sobre as repercussões bucais decorrentes da cirurgia alguns pacientes mostraram-se visivelmente abalados com o resultado, relatando e enfatizando principalmente as perdas de estruturas bucais como os dentes, por exemplo, a mudança para se alimentar, falar e nas relações interpessoais:

“Bom... da cirurgia em si, foi a perda de 8 dentes e um pedaço do palato mole, é... isso me afetou muito psicologicamente, muito!!” (P1)

“Depois da cirurgia não sinto mais o sabor da comida, pra engolir também fica difícil, então ficou bem diferente do... da época que eu fiz a cirurgia, de lá pra cá ficou tudo bem diferente.” (P3)

*“[suspiro] O buraco que ficou, a falta dos dentes, que meus dentes não eram ruins, eu cuidava dos meus dentes e a comunicação entre a boca e nariz, essa é a pior parte!
Ai, eu me fechei...eu fiquei mais reclusa...mais reclusa, não gosto de conversar com as pessoas... não gosto mais disso” (P4)*

“...é uma situação totalmente nova né...pra mim...então [silêncio, emoção] ...mas que aos poucos eu estou acostumando...

...a cirurgia me obrigou a falar muito menos, teve época de falar restritamente o necessário pra não machucar, isso foi ruim porque eu gosto muito de falar né, então isso pra mim foi um corte.

...o problema da voz né. Essa voz meio fanha, as vezes tá assim, as vezes tá um pouco melhor...então isso me deixava meio retraída” (P5)

“Ah...os meus filhos! Meus filhos sofreram muito, acabou, acabou a tranquilidade deles.... acabou com meus filhos, acabou” (P9)

Segundo o relato de três dos entrevistados, o que mais influenciou depois da cirurgia para a remoção do tumor, foi a privação de suas atividades diárias, como o trabalho:

“Foi afetada primeiro porque eu sou professora de português e eu gostava muito de estar em sala de aula e eu saí pelo fato de ter problemas na dicção.

... eu tive que sair da sala de aula né, me afetou muito. E psicologicamente também né, para uma mulher de meia idade, divorciada e agora com um, é... metade da boca...é...com uma prótese grande, né...isso me deixa muito ruim psicologicamente.” (P1)

“Ela foi afetada porque o que eu podia fazer agora não posso mais fazer. Por exemplo, não posso bocejar, não posso pegar muito sol né e...então o trabalho que fazia veio pela metade, mais não posso fazer por causa da cirurgia” (P3)

“Bastante, assim....não pro pior nem pro melhor mas assim, tive que deixar de trabalhar né, uma

coisa que eu gostava, tive que deixar de trabalhar com meu serviço” (P7)

No entanto, outros demonstraram estar conformados com a situação e aparentam aceitar de maneira mais tranquila o resultado.

“As consequências que a gente vê é que teve o corte daquele nervo, o nervo facial e ela ficou um pouco diferente, só isso ...mas também não tem nenhum transtorno com isso “(P2)

“...o que que eu posso dizer... eu fui aprendendo a conviver com isso, eu fui aprendendo a conviver...e....normalmente, eu não sinto nada de diferente né” (P6)

b) RECUPERAÇÃO, IMPACTO E ACEITAÇÃO DA REABILITAÇÃO COM PBMF

Quando questionados sobre a recuperação, a maioria dos pacientes deram relatos ricos em detalhes, mostrando como foi marcante essa fase em suas vidas. Alguns mencionaram de uma forma positiva, citaram o lado bom da recuperação e mostraram uma visão mais otimista do momento:

“... foi melhor do que eu esperava pelo fato de que eu ia ser toda recortada no rosto e não foi preciso, então isso me fez ...me sentir melhor...” (P1)

“A gente ficou achando que não ia encarar bem essas coisas, mas encarei tranquilo. Porque geralmente as pessoas procuram psicólogo, não aceitam a doença, eu aceitei bem, encarei bem, não tive nenhum problema com a dicção, não tive problema com nada, foi tudo normal” (P2)

“Passei bem porque colocamos a prótese imediata, então eu saí conseguindo falar e conseguindo me alimentar.” (P4)

“A recuperação foi ótima, a cada dia que passava eu sentia que estava melhorando né, então eu recuperei muito bem” (P5)

Os pacientes que fizeram utilização de Prótese Imediata para Grandes Perdas do Maxilar (PIGPM), relataram um pós operatório mais favorável, visto que esse procedimento permite que o paciente saia do centro cirúrgico já com a PIGPM instalada, permitindo uma melhor alimentação, deglutição e fonação. Miracca, Sobrinho e Gonçalves (2007), em seu estudo relatam que pacientes submetidos a ressecção de maxila e que não recebem a reabilitação com prótese obturadora, apresentaram déficit na mastigação, na deglutição e apresentaram também, fonação anasalada, além de refluxo alimentar pela cavidade nasal, coincidindo com os relatos dos pacientes do presente estudo.

Por outro lado, alguns não demonstraram boa recordação e em suas falas, ficou claro como a mutilação e a dor gerada foi impactante:

“...então nas primeiras semanas foi difícil né, até inclusive quando ia no banheiro, nem queria olhar no espelho porque tava horrível” (P7)

“... a recuperação pior foi eu me olhar no espelho, cheia de pontos daquele jeito. Quando eu me olhei entrei em depressão. Eu tentei várias vezes acabar com a minha vida e todo dia eu pedia pra Deus: ‘meu Deus amanhã...’ aí morria um do lado da cama, eu dizia: ‘amanhã vai ser eu, que bom’, no outro dia acordava e: ‘meu Deus eu tô acordada ainda?!’ Morria outro, amanhã sou eu. Às vezes eu falava: ‘ele tá entrando no quarto errado’, porque era aqui e ele matava o do lado. Me entreguei, não quis saber.” (P8)

*“Ah eu tô até hoje fazendo a recuperação, senti muitas dores... depois melhorou.
... a lágrima corria de ver as pessoas tomando água e comendo e eu com fome. Aí foi terrível, muito marcante aquilo ali pra mim, credo.” (P9)*

“A função e aparência da região de cabeça e pescoço são decisivas para a autoimagem e para a Qualidade de Vida” (ARAÚJO, 2009, p.130). Vários pacientes mencionaram nas entrevistas a dificuldade de aceitação da nova imagem logo após a cirurgia, principalmente aqueles que não faziam uso de prótese e devido ao tratamento cirúrgico perderam seus dentes. Segundo Alisson, Locker e Feine (1999, apud ARAÚJO, 2009, p. 136) pessoas que são edêntulas totais e que não usam prótese estariam mais preparadas para superar e adaptar-se à nova condição bucal devido à superação de problemas anteriores, como a perda dos elementos dentais.

A colocação de uma prótese substituindo os dentes e as estruturas bucais naturais, trouxe mudanças nas relações interpessoais de alguns dos entrevistados. Muitos não faziam o uso de nenhum tipo de prótese antes da cirurgia e tiveram que se adaptar a esta nova etapa de suas vidas:

“... quando você tem uma vida normal né, você faz tudo, você tá sempre disposta, você sai, você faz inúmeras coisas e de repente te dá um baque e você tem que travar e parar de fazer tudo que você gostaria, ou tudo que você fazia né... então, claro me travou muito sim! Eu saía muito, eu gostava de estar sempre com os amigos, e eu reduzi isso, muito!” (P1)

“...eu acabei me recolhendo né...(suspiro) é eu acho que é isso. Na verdade...sabe assim, eu liguei o piloto automático e fui fazendo o que tinha que ser feito, o que diziam que tinha que fazer eu fiz” (P4)

A possibilidade de ter suas estruturas bucais perdidas recuperadas por uma prótese, mesmo que esta não devolva totalmente a função perdida, foi um grande alívio, uma conquista e um estímulo para continuar lutando e seguir em frente na visão de alguns entrevistados:

“Ela é muito importante porque sem ela eu consigo falar mas quem entende? ... então assim, a prótese agora é tudo, sem a prótese não dá de viver, ela é meu amuleto né! então é muito importante e que bom que tem, por que como seria a vida sem ela? Então ela é assim: um ponto de partida, depois da cirurgia é a prótese.” (P5)

“Por um lado foi bom porque eu não podia nem comer nem beber água nem nada e com essa prótese aí consegui comer, beber água normal, claro não normal porque ainda sim se eu tomar água e abaixar a cabeça ao mesmo tempo ainda vasa um pouco mas...se eu não tivesse na época feito... a Dra. ... feito aquela provisória, eu tinha morrido” (P7)

“Impacto nenhum, foi bom demais né! Eu voltei a vida! Impacto positivo porque eu comecei a viver né, a falar que eu amo falar, eu amo cantar, eu amo brigar, eu amo dar bronca, eu consegui fazer tudo imagina, um sonho, um presente né (risos)” (P8)

“Eu digo sempre, Deus dá a doença mas também dá a sabedoria, pois sem a prótese imagina, eu não saía de casa. Não por causa do feio mas porque as pessoas não me entendem...” (P9)

c) SIGNIFICADO DE QUALIDADE DE VIDA E INFLUÊNCIA DA REABILITAÇÃO COM PBMF NA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE

Durante as entrevistas, percebeu-se diferentes pontos de vista no significado de qualidade de vida. Alguns pacientes demoraram certo tempo para responder e outros não compreendiam ao certo o que estava sendo perguntado, o entrevistador teve que explicar melhor.

“É eu ter condições para resolver todos os problemas, todas as doenças, ter boa alimentação, boa saúde, acesso as coisas que a gente precisa” (P2)

“Poder rir, conversar, comer (risos)...mastigar, adorava mastigar, comer verdura, não consigo mais...” (P4)

“Olha, hoje é não sentir dor porque eu senti MUITA dor. Muita dor na cirurgia, depois veio a radio e pra mim, foi horrível né....era como se eu estivesse morrendo fazendo a radio...” (P5)

“Qualidade de Vida é isso que eu vivo hoje, é eu poder ir, eu poder comer, eu poder conversar, eu poder trabalhar, passear sabe, estar na roda de amigos, cantar, se aparecer pra eles que né, eu adoro ser o centro das atenções, eu adoro!” (P8)

“Força de Deus eu estar aqui...é bem diferente a minha qualidade de vida né, não é 100% né, é a metade” (P9)

A resposta de que a PBMF só trouxe melhoras para as suas vida foi unânime. Todos os pacientes enfatizaram em seus relatos a importância de ter acesso a este tipo de prótese no pós operatório da doença. Nem todos tiveram acesso a prótese imediata, alguns passaram pelo uso de tampão, que é extremamente desconfortável que além de causar incomodo, causa dor e constrangimento na hora da troca diária.

“Sim ela (PBMF) influenciou muito porque ... eu falo né... eu falo, eu como, eu não tenho problemas, digamos... de alimentação, de beber né, de ingerir líquido, com a prótese eu não tenho esse problema ... com certeza se eu não tivesse essa prótese eu não estaria nem saindo de casa, porque sem ela não tem nem como eu me comunicar” (P1)

“Sem ela (PBMF) seria a exclusão total do mundo, ou com máscara né. Não me imagino... num ambiente...não me imagino, nem com a minha família, nem com os mais chegados. Para mim é tudo, é muito importante, o preço que pedirem eu pago...se tiver dinheiro (risos)” (P4)

“Ela (PBMF) me trouxe a fala normal, ela me trouxe a alimentação normal e....evitou da boca ter deformações” (P6)

“Ah não...eu com a prótese mesmo que não seeeja uma cooisaa, mas é 100% melhor do que sem né. Tenho, mais qualidade de vida com essa prótese do que sem ela, primeiro eu não...tenho dificuldade de comer, principalmente a carne, agora não, agora eu vou ter dente mas antes eu não tinha” (P7)

“Ah influenciou porque antes dela eu não saía pra lado nenhum. Eu trancava as minhas cortinas com cobertor, não queria que ninguém fosse lá em casa.” (P8)

“Muita coisa, dá auto estima” (P9)

As PBMF permitem reparar o defeito maxilar, contribuindo para a reabilitação funcional e estética do paciente, assim como, devolve a sua autoestima (KUSTERER, 2012), achados confirmados no presente estudo.

Segundo Alisson, Locker e Feine (1999, apud ARAÚJO, 2009, p. 136) pessoas que são edêntulas totais e que não usam prótese estariam mais preparadas para superar e adaptar-se à nova condição bucal devido à superação de problemas anteriores, como a perda dos elementos dentais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o problema levantado e os resultados obtidos, observou-se a importância de um dentista especializado em Prótese Bucomaxilofacial inserido numa equipe multiprofissional que presta assistência a pacientes com câncer de boca, para o planejamento da cirurgia de maxilectomia. As baixas médias dos escores obtidos com o OHIP-14 pode ser pelo fato do questionário avaliar a opinião do paciente nos últimos seis meses e, dos pacientes entrevistados, todos já estavam com a PBMF há mais de um ano (Anexo B), ou seja, já haviam passado pelo período de adaptação.

7 CONCLUSÕES

Apesar da pequena amostra de participantes do estudo, foi possível estudar as PBMF instaladas nos pacientes do Núcleo de Odontologia Hospitalar do HU/UFSC, bem como avaliar os reflexos da instalação das mesmas na qualidade de vida destes pacientes.

Os resultados da pesquisa nos permitiram concluir que:

- a) A maioria dos pacientes da amostra eram homens, com mais de 50 anos e tabagistas;
- b) Os defeitos mais encontrados foram na vertical classificação 1 e na horizontal classificação 1, isso mostra a importância do diagnóstico precoce que influencia diretamente no planejamento cirúrgico, consequentemente, no tamanho da área retirada cirurgicamente;
- c) Das PBMF, a maioria eram do tipo obturadora mucossuportada;
- d) Com as entrevistas foi possível perceber a importância da reabilitação com a PBMF, vários pacientes deram relatos emocionados e enfatizaram que suas qualidades de vida seriam totalmente diferentes sem o uso da PBMF, não somente pelo quesito estético mas principalmente pelo funcional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÁLVAREZ, R.A. **Conceptos y principios generales em próteses maxilofaciales**. La Habana, Editorial Palacio de Convenciones 1993, p.1-14.

ARAÚJO, S.S.C.; PADILHA, D.M.P.; BALDISSEROTTO, J. Avaliação da Condição de Saúde Bucal e da Qualidade de Vida de Pacientes com Câncer de Cabeça e Pescoço Atendidos em um Hospital Público de Porto Alegre. **Rev. Bras. Cancerol.**, v.55, n.2, p.129-38, 2009.

BROWN, J. S. *et al.* A modified Classification for the maxillectomy Defect. **Head and Neck**, v. 22, n.1, p.17-26, Jan., 2000.

CONTIS, S. M.; PÉREZ, I. M. Necesidad de próteses bucomaxilofacial en pacientes atendidos em la consulta de somatoprótesis. **Rev. Cuba. Medi. Mili.** , v.35, n.3, p.0-0, 2006.

DEDIVITIS R. A. *et al.* Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, v. 70, n.1, p.35-40, jan/fev 2004.

DEPPRICH, R. *et al.* Evaluation of the quality of life of patients with maxillofacial defects after prosthodontic therapy with obturator prostheses. **Int. J. Oral Maxillofac. Surg**, v.40, p.71-9, 2011.

DROPKIN, M. J. Body image and quality of life after head and neck câncer surgery. **Cancer Practice**, v.7, n.6, p.309-13, 1999.

GARCÍA, G. *et al.* Prótesis maxilofacial: alternativa terapêutica para la recuperación integral del paciente con câncer bucal. **Rev. Med. Univ. Veracruzana**. v.6, n.1, p.20-7, enero-junio, 2006.

GOIATO, M.C. *et al.* Patient satisfaction with maxillofacial prosthesis. Literature review. **Plast. Reconstr. Aesthet. Surg.**, v.62, n.2, p.175-80, 2009.

Instituto Nacional de câncer – INCA. Disponível em: < <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home+/bo ca/definicao>>. Acesso em 19/05/2015

Instituto Nacional de câncer – INCA. Disponível em: <
<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home+/bo+ca/tratamento>>. Acesso em 29/05/15

IRISH, J. *et al.* Quality of life in patients with maxillectomy prostheses. **Head and Neck**, v.31,n.6, p.813-21, 2009.

KUSTERER, L. *et al.* Reabilitação com obturador maxilar após cirurgia oncológica:relato de casos. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, , v.12, n.4, p.9-16, out./dez.,2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Falando sobre o câncer de boca**, v.41, p.25-9, 2002.

MIRACCA, R.A.A., SOBRINHO, J.A., GONÇALVES, A.J. Reconstrução com prótese imediata pós-maxilectomia. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v.34, n.5, p.297-302, 2007.

NEVILLE, B.W. **Patologia oral e maxilofacial**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 410-26, 2004.

NEVILLE, Brad W. **Patologia oral e maxilofacial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.251-55, 2004.

PACE-BALZAN, A.;SHAW, R.J.; BUTTERWORTH, C.Oral rehabilitation following treatment for oral cancer. **Periodontol.** 2000, v.57, n.1, p.102-17, 2011.

RAHN, AO; BOUCHER, LJ. **Prótesis maxilofaciales. Principios y conceptos**. Barcelona: Ed. Toray AS 1973, p. 7-8.

ROGERS, SN. *et al.* Health- Related Quality of life after maxillectomy: A comparison between prosthetic obturation and free flap. **J. Oral Maxillofac. Surg.**, v.61, n. 2,p. 174-81, 2003.

ROGERS, SN, *et al.* Importance-rating using The University Of Washington quality of life questionnaire in patients treated by primary surgery for oral and oro-pharyngeal cancer. **Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery**, v.30, n.2, p. 125-32, 2002.

SLADE, G. D. Derivation and validation of a shortform oral health impact profile. **Communitiy Dentistiy And Oral Epidemiology**, Chape Hill, Carolina do Norte, Eua, v. 25, p.284-90, 1997.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - DEPARTAMENTO DE
PATOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você, paciente que está sendo atendido no ambulatório de Estomatologia - HU/UFSC está convidado a participar de um estudo intitulado “PRÓTESE BUCOMAXILOFACIAL NA REABILITAÇÃO DE PACIENTES COM TUMORES DE BOCA: ANÁLISE DE CASOS E IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA”. É através das pesquisas científicas que ocorrem os avanços importantes em todas as áreas, e sua participação é fundamental.

O objetivo desta pesquisa é avaliar as Próteses Bucomaxilofaciais (PBMF) e o impacto do uso das mesmas na Qualidade de Vida dos pacientes que após o tratamento de tumores de boca, tiveram a necessidade de fazer o seu uso. Pacientes que foram encaminhados para realização das próteses à profissional conveniado com a Secretária do Estado da Saúde de Santa Catarina, especialista neste tipo de prótese, e acompanhados no ambulatório de Estomatologia do HU-UFSC.

A sua participação neste estudo é voluntária. Você tem a liberdade de se recusar a participar ou, se aceitar participar, de retirar seu consentimento a qualquer momento. Este fato não implicará a interrupção de seu atendimento, que está assegurado.

Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são da sua responsabilidade. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você terá a garantia de que qualquer problema decorrente do estudo será tratado no ambulatório de Estomatologia HU/UFSC. O exame clínico da cavidade oral, bem como das próteses serão realizados pelo pesquisador e seu orientador, o qual apresenta experiência na área do diagnóstico de lesões bucais. Os exames e as entrevistas serão realizados em consultório odontológico, respeitando a sua privacidade. Você será beneficiado com o exame clínico criterioso da área operada, bem como verificação da adaptação de suas próteses. Independentemente da

participação ou não na pesquisa, você será orientado quanto a higiene bucal e higiene das PBMF. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código. Você tem a liberdade de desistir da participação no estudo e retirar seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. O TCLE será impresso em duas vias assinadas e rubricadas, ficando uma em poder do participante. Em caso de dúvidas ou informações contatar o pesquisador, Professora Liliane Janete Grando, pelo número (48) 3721-5068, ou e-mail: lilianejgrando@gmail.com ou, Sala 13, Departamento de Patologia, Centro de Ciências da Saúde, Campus Universitario Bairro Trindade, Florianópolis, SC. O pesquisador responsável, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012 e suas complementares e tem aprovação do CEPESH/UFSC(Rua Desembargador Vitor Lima, nº222, Trindade, Florianópolis. Prédio Reitoria II, sala 902, no ático. Tel: 3721-6094), que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa.

Eu, _____
_____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. Concordo e autorizo a minha participação no trabalho intitulado *“Prótese bucomaxilofacial na reabilitação de pacientes com tumores de boca: análise de casos e impacto na qualidade de vida”* a ser realizado pela aluna Beatriz Schafhauser de Oliveira(Tel: 9614-9724, e-mail: beatrizsoliveira25@gmail.com), sob orientação da Professora Dra. Lilane Janete Grando. Também autorizo a utilização dos dados coletados, desde que seja mantido o sigilo de minha identificação, conforme normas do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade. Autorizo a utilização das fotografias e dos dados obtidos a partir dos exames e entrevistas, sem identificação, para utilização como material didático para aulas, apresentação em eventos científicos ou para publicação de trabalhos em revistas e eventos científicos da área da saúde, nacionais e/ou internacionais. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu tratamento. Eu entendi o que não posso fazer durante o tratamento e sei que qualquer problema relacionado ao tratamento será tratado sem custos para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Florianópolis, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do Paciente

Assinatura da acadêmica Beatriz Schafhauser de Oliveira

RG: 7.104.262-6 SSP-PR

Assinatura da Pesquisadora Responsável

(Profa Dra Liliane Janete Grando)

RG: 12R.699.919 SSP-SC

Orientadora: Liliane Janete Grando

APÊNDICE B – OHIP-14

OHIP-14 - Oral Health Impact Profile 14 items		
Dimensão	Questão	Resposta
Limitação Funcional	1. Você teve problemas para falar alguma palavra por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	
	2. Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	
Dor física	3. Você já sentiu dores fortes em sua boca?	
	4. Você tem se sentido incomodado ao comer algum alimento por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	
Desconforto Psicológico	5. Você tem ficado pouco à vontade por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	
	6. Você se sentiu estressado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	
Incapacidade Física	7. Sua alimentação tem sido prejudicada por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	
	8. Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	
Incapacidade Psicológica	9. Você tem encontrado dificuldade em relaxar por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	
	10. Você já se sentiu um pouco envergonhado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	
Incapacidade Social	11. Você tem estado um pouco irritado com outras pessoas por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	
	12. Você tem tido dificuldades em realizar suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	
Deficiência	13. Você já sentiu que a vida em geral ficou pior por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	
	14. Você tem estado sem poder fazer suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	

Respostas: 0= nunca; 1=raramente; 2=às vezes; 3=repetidamente; 4=sempre

APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista

Roteiro de Entrevista:

- a) Conte como foi a cirurgia que você realizou para tratamento do câncer de boca.
- b) Como você passou depois da cirurgia?
- c) Quais consequências você pode mencionar ocorridas na boca decorrentes da cirurgia?
- d) De que modo a sua vida foi afetada pela cirurgia?
- e) Conte como foi o receber a reabilitação com prótese bucomaxilofacial.
- f) A reabilitação bucal teve alguma consequência/impacto na sua vida? Quais?
- g) O que significa qualidade de vida para você?
- h) Como você relaciona qualidade de vida com saúde? E com saúde bucal?
- i) Considerando o que você considera QV, como a reabilitação com PBMF influenciou na sua qualidade de vida?

ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Prótese bucomaxilofacial na reabilitação de pacientes com tumores de boca: análise de casos e Impacto na Qualidade de Vida

Pesquisador: Lillane Janete Grando

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 50397015.3.0000.0121

Instituição Proponente: Departamento de Patologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.368.681

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa intitulado prótese bucomaxilofacial na reabilitação de pacientes com tumores de boca: análise de casos e Impacto na Qualidade de Vida

Pesquisador Responsável: Lillane Janete Grando

Entende-se por Prótese Bucamaxilofacial (PBMF) aquelas utilizadas na reabilitação de pacientes que tiveram câncer de boca que foram tratados com intervenção cirúrgica mutiladora.

Hipótese:

A reabilitação com PBMFs, de pacientes atendidos no Núcleo de Odontologia Hospitalar do HU/UFSC e que sofreram ressecção cirúrgica de tumores de boca, contribui para a melhora da qualidade de vida dos mesmos?

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Estudar os defeitos cirúrgicos, as PBMFs utilizadas na reabilitação dos pacientes e o impacto destas na qualidade de vida dos pacientes.

Objetivo Secundário:

1) Descrever o perfil dos pacientes que sofreram ressecção cirúrgica de tumores de boca 2) Estudar

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48) 3721-6004 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.368.681

os tipos de defeitos cirúrgicos decorrentes do tratamento de câncer de boca 3) Descrever as características das PBMFs instaladas nos pacientes da amostra quanto ao tipo de apoio e material 4) Relatar a importância da utilização das referidas próteses na reabilitação funcional e estética dos pacientes da amostra 5) Avaliar o impacto da instalação das referidas próteses na qualidade de vida destes pacientes, através de questionário OHIP-14, WHOQOL- ABREVIADO, Análise de Conteúdo pelo Método de Bardin

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O exame clínico da cavidade oral, bem como das próteses serão realizados pelo pesquisador e seu orientador, o qual apresenta experiência na área do diagnóstico de lesões bucais. Os exames e as entrevistas serão realizados em consultório odontológico, respeitando a privacidade do paciente. O exame clínico poderá acarretar eventual desconforto ao paciente e a retirada da prótese poderá causar certo constrangimento

Benefícios:

Os pacientes serão beneficiados com o exame clínico criterioso da área operada, bem como verificação da adaptação de suas próteses. Independentemente da participação ou não na pesquisa, todos os pacientes serão orientados quanto a higiene bucal e das PBMFs. Não serão realizados pagamentos aos pacientes pela sua participação, bem como os mesmos não terão custos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta embasamento teórico e metodológico com condições de ser executado na prática. Grande importância social pelas repercussões na reabilitação em casos de neoplasias de boca

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador apresentou Relatório Projeto Folha de Rosto, Cronograma, Orçamento, Declaração da Instituição, TCLE

Recomendações:

Recomendamos que o pesquisador leia a Resolução 466/2012 nos artigos referentes ao TCLE

Conclusões ou Pendências e Lista de inadequações:

Concluiu em pendência 1- Nova formatação e redação ao texto do TCLE, devendo ser descrito que o

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Mtor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-4004 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC**



Continuação do Parecer: 1.368.601

projeto atende a Resolução 466/2012 e suas complementares e tem aprovação do CEP/SH/UFSC com seu endereço email e telefone. O TCLE será impresso em duas vias assinadas e rubricadas ficando uma em poder do participante. Em caso de dúvidas ou informações contatar o pesquisador seu nome endereço físico telefone e email

2- Encaminhar carta resposta ao CEP

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_556247.pdf	23/10/2015 16:03:25		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	20151023101946005.pdf	23/10/2015 16:02:16	Liliane Janete Grando	Aceito
Folha de Rosto	FR.pdf	23/10/2015 16:01:38	Liliane Janete Grando	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	22/10/2015 17:06:50	Liliane Janete Grando	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	22/10/2015 17:01:28	Liliane Janete Grando	Aceito

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANÓPOLIS, 15 de Dezembro de 2015

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Mitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO B

Relação do escore máximo do OHIP-14 com tempo de PBMF:

PACIENTE	ESCORE MÁXIMO OHIP	TEMPO DE PBMF
P1	37	4 ANOS
P2	2	3 ANOS
P3	35	4 ANOS
P4	36	1 ANO
P5	14	1 ANO
P6	11	5 ANOS
P7	14	2 ANOS
P8	0	2 ANOS
P9	22	2 ANOS E MEIO
P10	5	3 ANOS
P11	20	1 ANO
P12	14	1 ANO E MEIO